

Beitrittserklärung

„Förderverein der Mittelschule Katharina Peters in Zwönitz e. V.“

Ich erkläre hiermit meinen sofortigen Beitritt als Mitglied des „Förderverein der Mittelschule Katharina Peters in Zwönitz e. V.“

Kontaktdaten	
Vorname, Name / Firma:	
Straße, Hausnummer:	
Postleitzahl:	
Ort:	
Telefonnummer:	
E-Mail:	

Unterschrift:

Datum:

Auf der Rückseite dieser Beitrittserklärung finden Sie eine Einzugsermächtigung, die den „Förderverein der Mittelschule Katharina Peters in Zwönitz e.V.“ dazu ermächtigt, einen jährlichen Mitgliedsbeitrag in Höhe von 15 € für natürliche und 50 € für juristische Personen vom angegebenen Konto einzuziehen. Diese Einzugsermächtigung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden. Wenn Sie uns als Förderverein in unseren Vorhaben durch Ihre Mitgliedschaft unterstützen möchten, übergeben Sie bitte die vollständig ausgefüllte Beitrittserklärung mit Einzugsermächtigung dem Vereinsvorstand bzw. dem Klassenlehrer Ihres Kindes.

Wir bedanken uns für Ihre Unterstützung.

Der Vorstand des Fördervereins

SEPA-Lastschriftmandat

SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Förderverein der Mittelschule Katharina-Peters in Zwönitz e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Heinrich-Heine-Str. 11

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

08297 Zwönitz

Land / Country:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

DE37ZZZ00001039434

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger **Förderverein der Mittelschule Katharina-Peters in Zwönitz e.V.**, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger **Förderverein der Mittelschule Katharina-Peters in Zwönitz e.V.** auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor **Förderverein der Mittelschule Katharina-Peters in Zwönitz e.V.** to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor **Förderverein der Mittelschule Katharina-Peters in Zwönitz e.V.**

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Zahlungsart / Type of payment:

☒ Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment ☐ Einmalige Zahlung / One-off payment

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address*

* Angabe freigestellt / Optional information

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 34 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 34 characters):

BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn der Zahlungsdienstleister des Zahlungspflichtigen in einem EU-/ EWR-Mitgliedsstaat ansässig ist.

Note: The BIC is optional when Debtor Bank is located in a EEA SEPA country.

Ort / Location:

Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:

manuell